

რეზიდუალური ქოლედოქოლითიაზის მკურნალობა მქსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსიის გამოყენებით (კლინიკური შემთხვევის აღწერა)

ავთანდილ მეგრელაძე, გია თომაძე, გია აზმაიფარაშვილი, ელგუჯა არდია, ანდრო ძნელაძე

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიის დეპარტამენტი; გადაუდებელი ქირურგიის და ტრავმატოლოგიის ცენტრი

პასუხისმგებელი პირი: გია თომაძე, g.tomadze@tsmu.edu

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.32-35>

რეზიუმე

სტატიაში აღწერილია რეზიდუალური ქოლედოქოლითიაზის ექსტრაკორპორული ლითოტრიფსიით მკურნალობის ერთი წარმატებული შემთხვევა.

პაციენტი იყო 50 წლის ქალი, რომელიც შემოვიდა კლინიკაში როგორც სასწრაფო შემთხვევა ქოლელითიაზით გამოწვეული მექანიკური სიყვილის გამო. პაციენტს დიაგნოზი დაუდგინდა ექოსკოპიით და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით. აღნიშნულის გამო ჩაუტარდა ენდოსკოპიური პაპილოტომია, მაგრამ კონკრემენტების ზომიდან (მაქსიმალური დიამეტრი იყო 21 მმ) და რაოდენობიდან (6 ცალი) გამომდინარე, მათი ევაკუაცია ნაღვლის საერთო სადინრიდან ვერ მოხერხდა, რის გამოც გაკეთდა ოპერაცია ლია წესით: ლაპაროტომია, ქოლედისტექტომია, ქოლედოქოლიტოტომია, დრენირება კერის დრენაჟით. ამოღებული იქნა 6 კონკრემენტი. ქოლედოქოტომია დასრულდა კერის დრენაჟით. ინტრაოპერაციულად ჩატარდა: სანალვლე გზების სანაცია, დებიტომანომეტრია, ქოლანგიოგრაფია. დაბრკოლება ან სხვა კონკრემენტი სანალვლე გზებში არ გამოვლინდა, კონტრასტის გადასვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში დროული. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი წარმოადგინა გართულებების გარეშე. პაციენტი მეექვსე დღეს გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. ოპერაციიდან 21 - ე დღეს, კერის დრენაჟიდან შეყვანილი კონტრასტით ჩატარდა ქოლანგიოგრაფია, სადაც რაიმე სახის პათოლოგია არ გამოვლინდა, რის შემდეგაც ამოღებული იქნა კერის დრენაჟი. კერის დრენაჟის ამოღებიდან ერთ კვირაში პაციენტმა კვლავ მომართა კლინიკას ჩივილებით: ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ირადაციით წელის არეში, საერთო სისუსტე, სკლერებზე გამოხატული სუბიქტერუსი, აქოლიური განავალი, შარდი მუქი ფერის. ჩატარებული სადიაგნოსტიკო გამოკვლევების (ექოლოგიური კვლევა) საფუძველზე დადგინდა რეზიდუალური ქოლედოქოლითიაზი: ქოლედოქის დისტალურ სეგმენტში ერთი კონკრემენტი ზომით 18 მმ. ქოლედოქისა და შიდა სანალვლე გზების ზომიერი დილატაცია.

ვინაიდან პაპილოსპინქტეროტომია უკვე გაკეთებული იყო, გაკეთდა ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსია, მოხდა კონკრემენტის სეკვესტრაცია, რის შემდეგაც განხორციელდა მათი ენდოსკოპიური ექსტრაქცია. გართულებებს ადგილი არ ქონია, პაციენტი გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ამრიგად, უნდა გვახსოვდეს, რომ თანამედროვე მალალექტქნოლოგიური სადიაგნოსტიკო კვლევის მეთოდების (ექოსკოპია, მაგნიტურ-რეზონანსული და კომპიუტერული ტომოგრაფია, ქოლანგიოგრაფია) გამოყენების მიუხედავად, პოსტოპერაციულ პაციენტებში მაინც არსებობს რეზიდუალური ქოლელითიაზის ჩამოყალიბების რისკი. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობის არჩევით და ოპტიმალურ მეთოდს წამოადგენს ექსტრაკორპორალური დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსია და საჭიროებისას კონკრემენტების ენდოსკოპიური ექსტრაქცია.

საკვანძო სიტყვები: ქოლელითიაზი, რეზიდუალური, ლითოტრიფსია, ექსტრაკორპორული

შესავალი

ნალველკენჭოვანი დაავადების და მისი გართულებების მკურნალობის ახალი მეთოდების და გზების ძიება განპირობებულია ამ დაავადების ფართოდ გავრცელებით. პლანეტის ზრდასრული მოსახლეობის 20%-ში ვლინდება ნალველკენჭოვანი დაავადება.¹ ქოლელითიაზი, ამჟამად, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ქირურგიულ გასტროენტეროლოგიაში. განვითარებულ ქვეყნებში, ყოველ მეხუთე ქალს და ყოველ მეათე მამაკაცს აქვს ეს დაავადება. საყურადღებოა აგრეთვე, რომ მსოფლიოს, 60 წელზე მეტი ასაკის, მოსახლეობის 25%-ს და 70 წელს გადაცილებული მოსახლეობის მესამედს აქვს ნაღვლის კენჭები.²

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ნალველკენჭოვანი დაავადების მქონე პაციენტების რიცხვი მნიშვნელოვნად გაიზარდა. მათ შორის, განსაკუთრებით გაზრდილია ამ დაავადების გართულებული ფორმების რაოდენობა.^{1,9} ქირურგების განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს ქოლედოქოლითიაზის მკურნალობაში პოსტოპერაციული გართულებების წილი, რაც განპირობებულია ერთი მხრივ, ადრეული პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირით, მეორე მხრივ, შორეული არადამაკმაყოფილებელი შედეგებით.^{9,10} ამ გართულებებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს რეზიდუალური ქოლედოქოლითიაზის პრობლემას, იგი პოსტოპერაციული პაციენტების 4-18%-ში გვხვდება.¹¹ ყველაზე ხშირად,

რებიდუალური ქოლედოქოლითიაზი დიაგნოსტიკდება ოპერაციიდან პირველი 6 თვის განმავლობაში.^{6,12}

ქოლედოქოლითიაზის განხილვისას მნიშვნელოვანია, გვასხვოდეს, რომ შემთხვევათა 10-20%-ში შესაძლებელია, პირველადი კენჭი გაჩნდეს ღვიძლის ან ნაღვლის საერთო სადინრებში.^{2,3} ავტორთა უმრავლესობის აზრით, ძირითადად გვხვდება ქოლედოქოლითიაზის მეორადი ფორმები, როდესაც ნაღვლის სადინრებში კონკრემენტი ხვდება ნაღვლის ბუშტიდან მიგრაციის შედეგად (75-85% შემთხვევაში). შემადგენლობის მიხედვით, როგორც წესი, ეს ქვები ქოლესტერინული ან შერეული ხასიათისაა.³

ნაღვლის სადინრებში პირველად კონკრემენტების განვითარების (10-20%) მიზეზი შეიძლება იყოს სანაღვლე გზების ანთებით-შეზოცებითი სტენოზები, რომლებიც მიმდინარეობს ქოლესტაზითა და ნაღვლის ქრონიკული ინფიცირებით, სანაღვლე გზების კისტოზური გაგანიერება, პიგმენტური ცვლის დარღვევები.⁴ სანაღვლე გზების პირველადი კონკრემენტები შემადგენლობის მიხედვით ძირითადად არის პიგმენტური ან შერეული შენების.⁵

რებიდუალური ქოლედოქოლითიაზის პროფილაქტიკისთვის მუშავდება და იხვეწება ოპერაციის წინა სადიაგნოსტიკო მეთოდები (კლინიკო-ლაბორატორიული, ენდოსკოპიური რეტროგრადული პანკრეატოქოლანგიოგრაფია, მაგნიტურ რეზონანსული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფია და ა.შ). ასევე იხვეწება სანაღვლე გზების ინტრაოპერაციული რევიზიის მეთოდები.⁶ ამ მეთოდების გამოყენებით მცირდება რებიდუალური ქოლედოქოლითიაზის მქონე პაციენტების რაოდენობა.^{7,8} თუმცა, რენტგენო-სადიაგნოსტიკო კვლევის მეთოდების განვითარების მიუხედავად ქოლედოქოლითიაზის შემთხვევათა რაოდენობა მანაც მზარდია.

სანაღვლე სადინრებში კონკრემენტების დატოვების ყველაზე ხშირ მიზეზებს წარმოადგენს არასაკმარისი წინასაოპერაციო გამოკვლევები, სანაღვლე გზების არასაკმარისი ინტრაოპერაციული რევიზია, დამატებითი კვლევის მეთოდების ინტრაოპერაციულად გამოყენებაზე უარის თქმა ან შედეგების არასწორი ინტერპრეტაცია.¹³ ამასთანავე, განმეორებითი ოპერაციული ჩარევები სანაღვლე სადინრებზე მნიშვნელოვნად ზრდის გართულებების და ლეტალური გამოსავლის რისკს.^{9,14}

რებიდუალური ქოლედოქოლითიაზის ოპერაციული მკურნალობის არჩევის მეთოდად ითვლება მცირეინვაზიური ენდოსკოპიური ჩარევები (ენდოსკოპიური პაპილოსფინქტეროტომია და კენჭის ექსტრაქცია), მისი უეფექტობის დროს და, ასევე, ნაღვლის საერთო სადინრის დრენირების საჭიროებისას, არჩევს მეთოდად გამოიყენება ტრადიციული ლაპაროტომიული ჩარევები.¹⁵

XX საუკუნის 80-იან წლების შუა პერიოდში, სანაღვლე სადინრებიდან კონკრემენტების ამოღების შეუძლებლობის დროს, ფართოდ გამოიყენებოდა სადინარში და ენდოსკოპიური ლითოტრიფსია. წარუმატებლობის სინშირემ ამ მეთოდის გამოყენებისას 20%-ს მიაღწია, რამაც მკვლევარებს დაუსახა ახალი - სანაღვლე გზებში კონკრემენტების დაშლის ალტერნატიული ვარიანტების - შემუშავების ამოცანა. ასეთ მეთოდებს მიეკუთვნება ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი, ლაზერული და ელექტროჰიდრაული კონტაქტური ლითოტრიფსია.^{16,17,18}

უცხოელ ავტორთა მონაცემების მიხედვით, მცირეინვაზიური მიდგომის აღნიშნული ვარიანტები მალალეფექტურია ქოლედოქოლითიაზის მკურნალობაში. დადგენილია, რომ ლაზერული ლითოტრიფსიის გამოყენების დროს სანაღვლე გზების სრული სანაცია მიიღწევა 80-95% შემთხვევაში, ელექტროჰიდრაული კონტაქტური ლითოტრიფსიის გამოყენების დროს ეს მაჩვენებელი აღწევს 80-88,9%-ს, ხოლო ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსიის გამოყენების შემთხვევაში - 83-92,7%-ს.

ამავდროულად, მანიპულაციის შემდგომი გართულებების ყველაზე დაბალი სიხშირე გვხვდება ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში (8,4%), ელექტროჰიდრაული კონტაქტური და ლაზერული ლითოტრიფსიის შემთხვევებში ეს მონაცემები შესაბამისად შეადგენს 13,8 და 9,6%-ს.^{19,20}

კლინიკურ პრაქტიკაში ქოლედოქოლითიაზის მკურნალობის ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი მეთოდი პირველად გამოიყენა T.Sauerbruch-მა (1985წ).²¹

ამ მეთოდის გართულებებს მიეკუთვნება პეტეჩიური სისხლჩაქცევები კანზე, ჰემატომები, ასევე, შეიძლება მოხდეს სანაღვლე სადინრებში დაშლილი კონკრემენტების ფრაგმენტების მიგრაცია.²² კონკრემენტების ფრაგმენტების მიგრაციასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, ავტორები ურჩევენ ამ მეთოდის რამდენიმე სეანსის ჩატარებას პაპილოსფინქტეროტომიის დაგეგმვამდე.^{9,22}

კლინიკური შემთხვევის აღწერა

პაციენტი, 50 წლის ქალი, შემოვიდა კლინიკაში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, ჩივილებით: ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის და მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, გულსრევის შეგრძნება, ღებინება, პირის სიმშრალე, საერთო სისუსტე, სუბფერბილური ტემპერატურა. შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების საფუძველზე დადგინდა: ნაღველკენჭოვანი დაავადება, ქოლედოქოლითიაზი. სიყვითლე, აქოლიური განავალი და შარდის გამუქება გამოხატული არ იყო. ჩაუტარდა მაგნიტურ-რეზონანსული პანკრეატოქოლანგიოგრაფია - გამოვლინდა მრავლობითი კონკრემენტები ნაღვლის ბუშტში, ქოლედოქის დილატაცია 20მმ-მდე, მასში 6 სხვადასხვა ზომის კონკრემენტი, უმცირესი ზომით 12მმ, უდიდესი 21მმ. შიდა სანაღვლე გზების ზომიერი დილატაცია. დაიგეგმა და ჩატარდა რეტროგრადული პაპილოსფინქტეროტომია, მაგრამ კონკრემენტების ამოღება სანაღვლე გზებიდან ვერ მოხერხდა. შემდგომ დაიგეგმა ოპერაციული მკურნალობა ღია წესით.

ლაპაროტომიული მიდგომით გაკეთდა ქოლედოსტექტომია, ქოლედოქოლითოტომია, ექსცივე კონკრემენტის ამოღება ქოლედოქიდან, ქოლედოქოსტომია კერის დრენაჟით. ინტრაოპერაციულად ჩატარდა: სანაღვლე გზების სანაცია, დებიტომანომეტრია - ნორმა, ინტრაოპერაციული ქოლანგიოგრაფია ჩატარდა ორჯერ. კონკრემენტი სანაღვლე გზებში არ ვიზუალიზირებოდა, კონტრასტის გადასვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში იყო დროული. ასევე, სილიკონის ბუჟი ნაღვლის საერთო სადინრიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში გადადიოდა დაბრკოლების გარეშე.

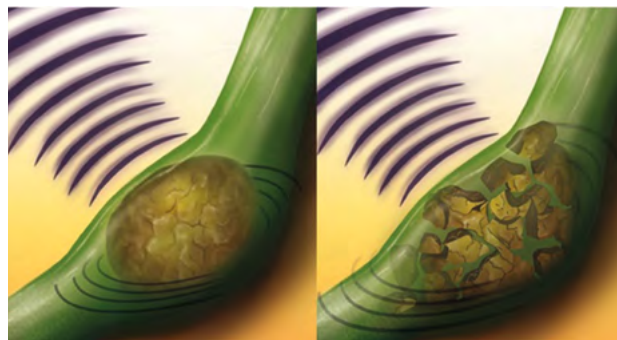


სურათი 1. ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსის აპარატი

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი წარიმართა სადად, გართულებების გარეშე, მეოთხე დღეს მუცლის ღრუდან ამოღებულ იქნა დრენაჟი, კერის დრენაჟი ფუნქციონირებდა - 24სთ-ში საშუალოდ გამოიყოფოდა 450 მლ ნალველი. ლაბორატორიული მონაცემები ნორმის ფარგლებში. პაციენტი მეექვსე დღეს გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ოპერაციიდან 21-ე დღეს, კერის დრენაჟიდან შეყვანილი კონტრასტით ჩატარდა ქოლანგიოგრაფია, სადაც რაიმე სახის პათოლოგია არ გამოვლინდა. გადაკვეთით კერის დრენაჟი - მომდევნო სამი დღე პაციენტს რაიმე სახის დისკომფორტი არ გამოვლინებია და 23-ე დღეს, ამოღებულ იქნა კერის დრენაჟი. პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი, ჩივილებს არ წამოადგენდა, კუჭის მოქმედება და შარდვა - ნორმა.

ოპერაციიდან ერთი თვის თავზე (კერის დრენაჟის ამოღებიდან ერთ კვირაში) პაციენტმა მომართა კლინიკას



სურათი 2. ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსია

ჩივილებით: ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ირადიაციით წელის არეში, საერთო სისუსტე, სკლერებზე გამოხატული სუბიქტერუსი, აქოლიური განავალი, შარდი მუქი ფერის. ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევების (ექსტრაკორპორული კვლევა) საფუძველზე დადგინდა რეზიდუალური ქოლედოქოლითიაზი, ქოლედოქუსის დისტალურ სეგმენტში ერთი კონკრემენტი ზომით 18მმ. ქოლედოქუსის და შიდა სანალვლე გზების ზომიერი დილატაცია.

გაკეთდა ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსია შტორცის ფირმის აპარატით (იხ. სურ. 1, 2), შემდგომში ენდოსკოპიურად კონკრემენტების ექსტრაქცია. გართულებებს ადგილი არ ქონია, პაციენტი გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში.

ამრიგად, უნდა გვახსოვდეს, რომ თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური სადიაგნოსტიკო კვლევის მეთოდების (ექსკოპია, მაგნიტურ-რეზონანსული და კომპიუტერული ტომოგრაფიები, სხვადასხვა სახის ქოლანგიოგრაფია) გამოყენების მიუხედავად, პოსტოპერაციულ პაციენტებში მაინც არსებობს რეზიდუალური ქოლედოქოლითიაზის ჩამოყალიბების რისკი. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობის არჩევით და ოპტიმალურ მეთოდს წამოადგენს ექსტრაკორპორალური დარტყმით-ტალღოვანი ლითოტრიფსია და საჭიროებისას კონკრემენტების ენდოსკოპიური ექსტრაქცია.

ლიტერატურა:

References:

1. Романов ГА, Лобаков АИ, Долгова МБ, Сачечелашвили ГЛ, Денисов ВА, Филижанко ВН, Агуреев АИ, Емельянова ЛН. Комплексная диагностика и эндоскопическое лечение рецидивного и резидуального холедохолитиаза. *Анналы хирургической гепатологии.* 2000;5(1):98-101.
2. Гальперин ЭИ, Ветшев ПС. *Руководство по хирургии желчных путей.* М.: Издательский дом Видар-М, 2006. 568 с. Gal'perin E.I., Vetshev P.S. *Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putej.* M.: Izdatel'skij dom Vidar-M, 2006. 568 s. 2006.
3. Шугаев АИ, Салихов НН. Особенности течения желчнокаменной болезни в зависимости от вида холелитиаза. *In*II Сб. трудов научн.-практ. Конф. «Современные проблемы хирургии 2007 (pp. 161-1655).
4. Paganini AM, Guerrieri M, Sarnari J, De Sanctis A, D'Ambrosio G, Lezoche G, Perretta S, Lezoche E. Thirteen years' experience with laparoscopic transcystic common bile duct exploration for stones. *Surgical endoscopy.* 2007 Jan;21(1):34-40.
5. Сотниченко БА, Гончаров КВ, Перерва ОВ. Холедохолитиаз у лиц пожилого и старческого возраста. Учебное пособие для врачей хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов. — Владивосток, 2003. 124 с.
6. Агафонов ИВ, Балалыкин АС, Давыдов АА. Значение массового предоперационного эндоскопического обследования больных с желчнокаменной болезнью с обязательным осмотром фатерова сосочка. *Хирургия.*—М. 2002:6-8.
7. Нажилов РД. Сравнительная оценка результатов использования различных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза. *Медицинский вестник Башкортостана.* 2007;2(1).
8. Хаджибаев АМ, Алиджанов ФБ, Арипова НУ, Алпаров УД, Хашимов МА. Особенности диагностики и лечения при ущемленных камнях большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургической гепатологии.* 2008;13(1):83-6.

9. Ринчинов ВБ, Плеханов АН, Гармаев БГ. Успешное эндоскопическое лечение при холедохолитиазе с применением дистанционной литотрипсии и баллонной дилатации. *Анналы хирургической гепатологии*. 2020 Mar 18;25(1):119-23.
10. Klimentko GA. Холедохолитиаз: Диагностика и оперативное лечение. *Медицина*; 2000.
11. Воротынцев АС, Серобян ЛН, Меграбян РА, Сагиров ИА. Возможности эндоскопических методов диагностики и лечения осложненной желчнокаменной болезни. *InMat. Всерос. научного форума: «Хирургия 2005 (р. 36)*.
12. Шаповальянц СГ, Мыльников АГ, Паськов АГ, Никонов АА, Ардасенов ТБ, Веселова ВС. Рецидивный холедохолитиаз диагностика, профилактика и лечение. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2012(4).
13. Сагиров ИА. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика у больных с внепеченочным холестазом, вызванным доброкачественными заболеваниями Фатерова сосочка (Doctoral dissertation, Московская медицинская академия им. ИМ Сеченова). 2007
14. Агаджанов ВГ, Шулуток АМ, Моисеев АЮ, Чантурия МО, Насиров ФН, Натрошвили АГ, Кяров НХ. Повреждения магистральных желчных протоков при холецистэктомии из мини-доступа. *Российский медицинский журнал*. 2011(2):18-20.
15. Гарипов РМ, Нажипов РД, Валитова ЭР. Хирургическая тактика при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2011;6(4).
16. Doshi B, Yasuda I, Ryozaawa S, Lee GH. Current endoscopic strategies for managing large bile duct stones. *Digestive Endoscopy*. 2018 Apr;30:59-66.
17. Kedia P, Tarnasky PR. Endoscopic management of complex biliary stone disease. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics*. 2019 Apr 1;29(2):257-75.
18. Trikudanathan G, Navaneethan U, Parsi MA. Endoscopic management of difficult common bile duct stones. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2013 Jan 14;19(2):165.
19. Veld JV, van Huijgevoort NC, Boermeester MA, Besseling MG, van Delden OM, Fockens P, van Hooft JE. A systematic review of advanced endoscopy-assisted lithotripsy for retained biliary tract stones: laser, electrohydraulic or extracorporeal shock wave. *Endoscopy*. 2018 Sep;50(09):896-909.
20. Muratori R, Azzaroli F, Buonfiglioli F, Alessandrelli F, Cecinato P, Mazzella G, Roda E. ESWL for difficult bile duct stones: a 15-year single centre experience. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2010 Sep 7;16(33):4159.
21. Sauerbruch T. Gallstone lithotripsy by extracorporeal shock waves. *The American journal of surgery*. 1989 Sep 1;158(3):188-91.
22. Шаповальянц СГ, Ардасенов ТБ, Паськов АГ, Мыльников АГ, Будзинский СА, Никонов АА. Нерешённые вопросы лечения холедохолитиаза. *Вестник хирургии имени ИИ Грекова*. 2011;170(6).
23. Sadik Quoraishi, Jake Ahmed, Andrew Ponsford, Ashraf Rasheed. Lessons learnt from a case of extracorporeal shockwave lithotripsy for a residual gallbladder stone. *International Journal of Surgery Case Reports, Volume 32, 2017, Pages 43-46*.

TREATMENT OF RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS USING EXTRACORPOREAL SHOCK-WAVE LITHOTRIPSY (CLINICAL CASE DESCRIPTION)

Avtandil Megreladze, Gia Tomadze, Gia Azmaiparashvili, Elguja Ardia, Andro Dzneladze

Department of Surgery, Tbilisi State Medical University, Center of Emergency Surgery and Traumatology, Ltd.

Contact person: Gia Tomadze, g.tomadze@tsmu.edu

DOI: <https://doi.org/10.48412/GTBGS.2021.09.32-35>

Resume

The article describes one successful case of treatment of residual choledocholithiasis with extracorporeal lithotripsy. The patient was a 50-year-old woman who was admitted to the clinic as an emergency case due to mechanical jaundice caused by cholelithiasis. The patient was diagnosed by ultrasound and magnetic resonance imaging. Endoscopic papillectomy was performed, but due to the size (maximum diameter was 21 mm) and the number (6 pieces) of stones, their evacuation from the common bile duct could not be performed, which led to open surgery: laparotomy, cholecystectomy, choledocholithotomy. 6 stones were removed. The choledochotomy was completed with Kerry drainage. Intraoperatively debiotomanometry and cholangiography was performed. No obstruction or other stone was detected in the bile ducts, contrast shift in duodenum timely. Postoperative course without complications. The patient was discharged from the clinic on the sixth day in a satisfactory condition. On the 21st day after surgery, cholangiography was performed through Kerry drainage, no pathology was detected, Kerry drainage was removed. Within a week of the removal of the drainage, the patient again referred to the clinic with complaints: severe pain in the epigastric region, irradiation to the lumbar region, general weakness, subicterus of the sclera, acholic stools, urine dark in color. Based on the diagnostic examinations (ultrasound), residual choledocholithiasis was determined: one 18 mm stone in the distal segment of CBD. Moderate dilatation of the choledochus and internal bile ducts identified. Since the papillosphincterotomy had already been done, extracorporeal shock-wave lithotripsy was performed: the bile stone was crashed into several fragments followed by endoscopic removal. The patient was discharged in satisfactory condition.

Thus, it should be kept in mind that despite the possibility of using such high-tech accurate methods of modern diagnostic research as ultrasound, magnetic resonance and computed tomography, cholangiography, there is still a risk of developing residual cholelithiasis in postoperative patients. In such cases, extracorporeal shock-wave lithotripsy and, if necessary, endoscopic extraction of defragmented stones can be used as the treatment of choice.

Key words: cholelithiasis, residual, lithotripsy, extracorporeal